

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA FAMÍLIA ATENDIDA
PELO PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DO DISTRITO
FEDERAL FUNDAMENTADA NO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO
SITUACIONAL E MODELO CALGARY.**

**NURSING CARE FOR A FAMILY ATTENDED BY THE HOSPITAL
DISTRICT FEDERAL FUNDAMENTADA HOUSEHOLD IN STRATEGIC
PLANNING AND SITUATIONAL MODEL PROGRAM CALGARY.**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE UNA FAMILIA CON ASISTENCIA
DE LA CASA DEL HOSPITAL DEL DISTRITO FEDERAL FUNDAMENTADA
EN PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y PROGRAMA MODELO
SITUACIONAL CALGARY.**

Anne Caroline Coelho Leal Árias Amorim¹, Prince Vangeris Silva Fernandes de Lima², Elíoenai Dornelles Alves³, Lívia Maria Santos de Souza⁴, Davi Alves Machado⁴, Karollyne Carvalho de Souza⁴, Ana Lucila Guardia Muñoz⁴, Angélica Moura Batista⁴, Lilliane Santos Schuenker⁴

RESUMO

O presente relato de caso objetivou descrever os cuidados de enfermagem que foram dispensados a uma família acompanhada por uma equipe do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar, de uma Região Administrativa do Distrito Federal, mediante priorização baseada na escala de Cascavel, de um membro desta por tal serviço público. O contexto inseriu-

se segundo relatos oriundos da Disciplina ‘Enfermagem em Saúde da Comunidade 02 e Estágio’, ofertada na modalidade obrigatória aos discentes do curso de graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília. Descreveu-se, inicialmente, a Região Administrativa do Paranoá. Em seguida, os dados da família e aspectos específicos dos cuidados individuais e coletivos na atenção domiciliar a um paciente com diagnóstico de tumor de tronco cerebral. A exposição se finda com considerações sobre os diagnósticos de enfermagem elucidados, as intervenções que foram realizadas com a família segundo o modelo Calgary e com uma avaliação da atuação do grupo de acadêmicos. A experiência da atenção prestada a este paciente, no âmbito comunitário, possibilitou a evolução da habilidade acadêmica em trabalhar com uma equipe multiprofissional, discutir casos com a complexidade inerente ao

¹ Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil(2010) Professor ASSISTENTE da FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO VALE DO SÃO FRANCISCO , Brasil annecarolineamorim@gmail.com

² Enfermeiro egresso da UnB; Especialização em andamento em Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, Distrito Federal; Especialização em andamento em Cuidado Pré-natal, Universidade Federal de São Paulo. princevangeris@hotmail.com

³ Doutorado em Enfermagem (NOTA 6) pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil(2000) Pesquisador Associado Senior - Colaborador da Universidade de Brasília, Brasil. elioenai@unb.br

⁴ Graduação em Enfermagem-Licenciatura pela Universidade de Brasília, Brasil lilischu@gmail.com ; enfunb.67@gmail.com

contexto domiciliar e aplicar a sistematização da assistência em enfermagem neste contexto. Soma-se a isso, que a vivência junto aos profissionais do serviço, observando sua atuação, trocando conhecimento, opiniões e experiências, foi fundamental como suporte para as ações e aprendizado acadêmico. Para que se pudesse traçar um planejamento foi importante o estabelecimento de problemas prioritários, o que culminou no aprimoramento da habilidade de focalização.

Descritores: Assistência Domiciliar; Família; Enfermagem; Enfermagem Familiar.

ABSTRACT

This case report aims to describe the nursing care who were discharged to a family accompanied by a team from the Regional Center for Home Care in a Federal District Administrative Region through prioritization, based on the scale of Cascavel, a member of such a public service. The context was inserted according to reports coming from the Discipline 'Nursing Community Health Internship and 02', offered to students in the form of mandatory undergraduate course in Nursing, University of Brasilia. Was described initially Administrative Region Paranoá. Then

the family data and specific aspects of individual and collective care in home care to a patient with tumor of the brain stem. The exhibition ends with considerations about elucidated nursing diagnoses, interventions that were conducted with the family according to Calgarye model with an evaluation of the performance of the group of academics. The experience of care provided to this patient, at the community level, enabled the development of academic skills in working with a multidisciplinary team, discuss cases with the complexity inherent in the home context and apply the systematization of nursing care in this context. Added to this, that the experience with the professionals of the service, watching his performance, exchanging knowledge, opinions and experiences, was instrumental as support for the actions and academic learning. So that one could draw a plan was important to establish priority problems, culminating in improving the ability to focus.

Key words: Home Nursing; Family; Nursing; Family Nursing.

RESUMEN

Este caso tiene como objetivo describir los cuidados de enfermería que fueron dados de alta a una familia acompañada

por un equipo del Centro Regional de Cuidados en el hogar en un distrito de la Región Administrativa Federal a través de la priorización, basada en la escala de Cascavel, miembro de tal servicio público. El contexto se inserta según informes procedentes de la Disciplina "Enfermería de Salud de prácticas comunitarias y 02 ', que ofrece a los estudiantes en forma de curso de pregrado obligatoria en Enfermería de la Universidad de Brasilia. Fue descrita inicialmente Región Administrativa Paranoá. A continuación, los datos de la familia y los aspectos específicos de la atención individual y colectiva en la atención domiciliar de un paciente con tumor del tronco cerebral. La exposición termina con consideraciones sobre diagnósticos de enfermería dilucidados, intervenciones que se realizaron con la familia según el modelo Calgarye con una evaluación de la actuación del grupo de académicos. La experiencia de la atención prestada a este paciente, a nivel comunitario, permitió el desarrollo de habilidades académicas en el trabajo con un equipo multidisciplinario, discutir los casos con la complejidad inherente en el contexto del hogar y aplicar la sistematización de la asistencia de enfermería en este contexto. Añadido a esto, que la experiencia con los profesionales del

servicio, viendo su actuación, el intercambio de conocimientos, opiniones y experiencias, fue fundamental el apoyo a las acciones y el aprendizaje académico. Así que uno puede dibujar un plano importante establecer los problemas prioritarios, que culminó en la mejora de la capacidad de concentración.

Palabras Claves: Atención

Domiciliar de Salud; Família;

Enfermería; Enfermería de la Familia.

INTRODUÇÃO

O Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio/Núcleo de Assistência Médica a Internados em Domicílios (SAMED/NAMID), devido ao reconhecimento que tiveram pelo trabalho na Regional de Saúde de Sobradinho, Distrito Federal, desencadeou a criação da coordenação de internação domiciliar. Essa coordenação, visando uma expansão para as demais regionais do Distrito Federal, foi incorporada à Gerência de Atenção domiciliar (GEAD) pela portaria do Ministério da Saúde nº. 2.529 ⁽¹⁾, de 19 de outubro de 2006. A partir de então, através da GEAD foi possível prestar assistência no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, por meio da criação dos

Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD's). Tais serviços fazem parte de uma modalidade da internação domiciliar realizada por uma equipe multiprofissional para atender pessoas com quadros clínicos crônicos e agravados, porém estáveis, de média complexidade, com cuidados que extrapolam os oferecidos pela atenção primária ⁽²⁾.

Atualmente, a Atenção Domiciliar (AD), no Distrito Federal, se caracteriza por um serviço oriundo do sistema local de saúde, o qual se desenvolve em formatos distintos a depender de alguns critérios que serão abordados, em parte, neste relato de caso, entre os quais a modalidade advinda do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) se insere. Tal serviço presta assistência multiprofissional em domicílio, de segunda a sexta-feira, em horário comercial, a indivíduos com alto grau de dependência funcional e aos acometidos por doenças crônicas estáveis, com comorbidades transmissíveis ou não ^(3,4). Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.527⁽²⁾, de outubro de 2011, a AD constitui uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar as já existentes, caracterizada por ações contíguas de promoção a saúde,

prevenção e tratamento de doenças, bem como de reabilitação.

Esta modalidade assistencial, por ser prestada em domicílio, amplia as possibilidades terapêuticas na garantia de continuidade de cuidados integrados em Redes de Atenção à Saúde, uma vez que expõe às equipes a realidade social na qual a família está inserida, à sua rotina, seus valores e as formas de cuidar instituídas no senso comum e na memória falada, passada de geração em geração. Assim, por tais motivos, se deve investir numa abordagem ampliada do cuidado para a gestão de interações disruptivas entre profissionais, usuários, cuidadores e família, em prol da autonomia individual e coletiva ^(2,5).

Enquanto modelo sistemático de planejamento, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) reconhece a complexidade da fragmentação e da incerteza, que caracterizam os processos sociais, nos quais os problemas se explicitam divididos, de modo que nenhum ator detém para si o controle absoluto de todas as variáveis que envolvem tal situação. Dessa forma, o PES é um método de planejamento que se molda aos problemas mal estruturados e complexos, para os quais não se conhece uma resolução prévia, como nos casos dos problemas bem estruturados. Ou seja, um problema não

pode ser visto apenas como um “mal-estar” ou uma necessidade social, mas como uma realidade superável; isso não garante que o problema será solucionado permanentemente, mas o intercâmbio de realidade deve trazer resultados positivos para o problema em questão ⁽⁶⁾.

O presente relato de caso objetivou descrever os cuidados de enfermagem que foram dispensados a uma família acompanhada por uma equipe do NRAD, de uma Região Administrativa do Distrito Federal, mediante priorização baseada na escala de Cascavel, de um membro desta por tal serviço público.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso, que descreve um dos trabalhos realizados na Disciplina ‘Enfermagem em Saúde da Comunidade 02 e Estágio’, ofertada na modalidade obrigatória aos discentes do curso de Graduação em Enfermagem, pelo Departamento de Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UNB). Os dados foram coletados no prontuário do cliente e por meio de um questionário semi-estruturado, durante o segundo semestre de 2013. O seguimento do total de quatro visitas domiciliares

ocorreu com a supervisão de um docente ou do monitor da disciplina, e sempre com pelo menos um profissional da Secretaria de Saúde, que representava o PET/Pró Saúde frente ao NRAD e, conjuntamente, dispensava cuidados específicos ao cliente e família em relato.

Além da aproximação com a família, que objetivava o estabelecimento de vínculos, o grupo procurou elucidar diagnósticos para o paciente e família, no tocante aos aspectos gerais e específicos de saúde e adoecimento e, dentro destes as possibilidades de intervenção, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de agravos. Nessa conjuntura, diante do quadro clínico do cliente (diagnóstico de tumor de tronco cerebral) e do fator de risco evidenciado (os cuidadores principais são idosos), o grupo optou por sistematizar o cuidado de enfermagem sob a égide dos processos familiares, na lógica da intervenção promotora de saúde e redutora de danos.

O relato descreve um dos problemas identificados na família, embora outros tenham sido evidenciados; portanto, uma vez definido o problema principal foram fornecidas estratégias com expectativa de extinguir o problema ou, ao menos,

minimizá-lo. Tais ações relacionadas aos cuidados de enfermagem serão tratadas em forma de planejamento, que perpassa todo o processo de enfermagem (coleta de dados, diagnóstico, planejamento, intervenções). Entretanto, por questões operacionais da própria disciplina, o grupo não dispôs de tempo hábil para ajustar, em plenitude, as etapas de intervenção e avaliação. Desta forma, alguns itens do planejamento de enfermagem foram sinalizados para os profissionais do NRAD, para avaliação de posterior execução.

Os cuidados éticos foram observados e o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pela cuidadora principal, a qual autorizou a utilização dos dados coletados para fins acadêmicos.

Assim, o relato descreve, inicialmente, a Região Administrativa do Paranoá, seguida de dados da família e sobre aspectos específicos dos cuidados individuais e coletivos na atenção domiciliar a um paciente com diagnóstico de tumor de tronco cerebral. A exposição conclui-se com considerações sobre os diagnósticos de enfermagem elucidados, as intervenções que foram realizadas com a família segundo o modelo Calgary⁽⁷⁾ e com uma

avaliação da atuação do grupo de acadêmicos no contexto disciplinar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Região Administrativa do Paranoá

A Região Administrativa do Paranoá (RA VII), tal como é conhecida hoje, foi criada em 10 de dezembro de 1964, através da Lei 4.545⁽⁸⁾. Nesse mesmo ano, iniciou-se a transferência e o assentamento definitivo de famílias para este território, localizado a 28 km de Brasília. O 'Paranoá' ocupa uma área de 853,33 Km² e possui cerca de 60 mil habitantes, o que corresponde a 14,74% da população do Distrito Federal.

Nessa região administrativa existe um elevado número de condomínios, concentrados principalmente na DF 001, que liga a Escola de Administração Fazendária (ESAF) à barragem do Lago Paranoá. Além de condomínios, vários Núcleos Rurais pertencentes a outras Regiões Administrativas têm proximidade com a cidade e utilizam os serviços e o comércio local. Atualmente, embora não exista zona industrial, a principal atividade econômica da região é o comércio, em que na Avenida Principal é possível encontrar uma variedade de produtos e serviços⁽⁹⁾.

É mister referir que essa regional é campo preferencial da UNB quanto aos diversos níveis de atenção, no sentido de conferir oportunidades aos discentes de criarem uma nova cultura de cuidado, dialógica e em equipe.

Descrição da Família

A família do cliente alvo deste relato de caso é composta por três integrantes: o cliente, seu pai e sua mãe. A mãe possui 69 anos de idade, assim como seu cônjuge. O cliente tem 39 anos de idade e tem como diagnóstico um tumor de tronco cerebral há cerca de 30 anos. A renda da família é oriunda dos pais do paciente, que são aposentados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social. A casa que a família reside é própria, de alvenaria e apresenta boa estrutura, com higiene adequada e grande número de cômodos arejados. A família não possui animais de estimação e não relatou presença de animais indesejados, como roedores. O imóvel foi construído pelo pai e possui dois andares, sendo que os pais do usuário passam a maior parte do tempo no andar superior, uma vez que o filho fica restrito neste local. O andar inferior é ocupado pela irmã e sobrinhos do cliente, havendo uma total independência entre as famílias.

Cuidados (individuais e coletivos) na atenção domiciliar a um paciente com diagnóstico ‘tumor de tronco cerebral’

Atenta-se para o fato de que não há um consenso entre os membros da equipe do NRAD acerca do prognóstico do cliente. Uns defendem que existe a possibilidade de melhora do quadro neurológico, outros que o quadro clínico está estagnado. Porém, as intervenções da equipe multiprofissional seguiram no sentido de sensibilizar a família para repensar a participação do cliente nas Atividades de Vida Diária (AVD) desta. Desse modo, discutiu-se a possibilidade de aumentar a autonomia do usuário-cliente frente aos desafios que a vida impôs ao coletivo familiar, mas primando pela consciência individual dos membros acerca de novas possibilidades e suas perspectivas na promoção da saúde e redução de riscos. Entre estas, percebeu-se o potencial que o cliente possuía em aprender a manusear o controle remoto, ligar e desligar a televisão, escolher entre os programas que deseja assistir, aprender a usar os talheres na hora da alimentação e, com essa adesão, percebeu-se que a autonomia do cliente deu outro sentido à vida de todos os atores envolvidos nesse cenário.

A construção da autonomia, nesse sentido, culmina na sensação de bem-estar comum entre eles, dando-lhe oportunidade para desenvolver outras habilidades até então pouco exploradas; tal problemática ocorre devido a família acreditar que o ente enfermo não é capaz de adotar inteiramente de uma vida social, advinda da rede de suporte formal e informal da Região Administrativa. Dessa maneira, o cuidado discutido em equipe incumbiu esta a orientar a relevância do desenvolvimento da autonomia do paciente, como a manutenção familiar acerca do autocuidado supervisionado.

O paciente possui diagnóstico de tumor do tronco cerebral (glioma), o qual foi diagnosticado em 1983. A família associa o surgimento do tumor a uma queda/atropelamento que o mesmo sofreu há cerca de um ano e meio antes da apresentação dos sintomas (nistagmo e hemiplegia), os quais levaram a família a buscar atendimento médico.

A manifestação clínica de tumores do tronco cerebral é extremamente variável, pois dependem da idade do paciente, do comportamento biológico do tumor e de sua localização, existindo histórias clínicas de longa duração - com discretos déficits neurológicos -, bem como quadros clínicos com evolução rápida. Segundo

alguns autores, as lesões cervicomedulares, comumente, evoluem com disfagia, disфонia, perda da sensibilidade facial, ataxia e, com certa frequência, nistagmo e oculomioclonia⁽¹⁰⁾. Alguns dos sinais e sintomas supramencionados, como nistagmo, disфонia e ataxia, foram observados no paciente ou relatados como presentes pela família.

O prognóstico para clientes com tumor de tronco cerebral é variável, depende da característica da lesão, de sua localização, assim como das condições clínicas originais e da idade do paciente. Classicamente, a sobrevivência em 05 anos varia de 20% a 30% dos casos. Habitualmente, em 06 a 24 meses após o diagnóstico e irradiação, os gliomas progridem no local original e induzem à morte no período de 03 a 06 meses após a instalação do tumor⁽¹⁰⁾. Estes dados são conflitantes com a situação do cliente em estudo, pois o mesmo possui este diagnóstico há cerca de 30 anos, sem grandes alterações no seu estado de saúde, sendo observadas apenas perdas sensoriais e motoras que conturbam suas AVD e comunicação.

Durante as visitas, o grupo percebeu que a família se ancora na religião, crendo esta ter potencial para sanar todos os problemas. A mãe relatou que se apóia em sua fé e a utiliza

para reafirmar seu comportamento em relação à doença do filho e a forma de conduzir a vida social e cultural de sua família. Entretanto, chamou a atenção do grupo de discussão que a única atividade de integração social que o cliente está inserido consiste em visitas de jovens membros da igreja que a família frequenta, quando possível, para orações domiciliares em prol da saúde do mesmo.

Considerações sobre os diagnósticos de enfermagem

Diante dos desafios de superação de dificuldades, sobretudo de ordem cultural, revelaram-se possibilidades de desenvolvimento do Projeto Terapêutico Individual (PTI). Logo, devido ao longo das visitas domiciliares ter-se identificado dois problemas com possibilidades de fácil intervenção frente ao tempo, estes foram convertidos em diagnósticos de enfermagem, sendo o principal deles discutido neste trabalho.

O processo de Enfermagem remete ao Enfermeiro a função de coletar, avaliar, prescrever e reavaliar cuidados ao paciente e sua família. No tocante à identificação de doenças previamente diagnosticadas por profissionais da área médica, os profissionais de enfermagem, a partir de

sua oportunidade diferenciada de, longitudinalmente, prestar o cuidado ao cliente, conviver no cenário do cuidado por um tempo inquestionavelmente maior, possui condições de perceber e diagnosticar, segundo critérios estabelecidos pela taxonomia North American Nursing Diagnosis Association ⁽¹¹⁾ situações imediatas e mediatas passíveis de intervenção no cuidado integralmente proposto.

- Diagnóstico de enfermagem principal: **Enfrentamento defensivo** relacionado a sistema de apoio deficiente e expectativas não realistas em relação a si mesmo evidenciado por distorção da realidade, falta de seguimento da terapia e negação de fraquezas óbvias.

O prolongamento da vida do cliente tem condicionado a família a desacreditar no seu diagnóstico, contudo, por ocasião da disciplina percebemos que tal situação tem levado os pais a não exercerem atividades de lazer ou de integração sociocultural por acreditarem que estas podem causar danos à saúde de usuário, tanto pelo esforço físico e mental empregado, quanto pela ausência dos cuidadores junto ao paciente em atividades que estes ousassem aderir.

Da mesma maneira, a partir dessa situação e percebendo a infra-

estrutura da residência e se evidenciando que moram outros familiares do paciente na casa, verificou-se outra problemática.

Atualmente, os cuidadores principais são os pais do cliente, os quais já se encontram idosos e limitados fisicamente para o manejo do paciente. Paralelamente, de certa forma, a genitora, demonstra que, mentalmente, sua memória assinala reflexos iniciais de declinação. Caberia ao restante da família, então, assumir/auxiliar nos cuidados do cliente para a preservação da saúde dele e de seus pais, caso estes não mais possam, futuramente, cuidar do paciente em atenção domiciliar?

Numa abordagem legalista, o pacto federal ⁽¹²⁾ vigente versa que os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. E ainda, segundo o Estatuto do Idoso ⁽¹³⁾, o Estado, a sociedade e a família têm a obrigação de assegurar o direito à saúde, alimentação, convivência familiar e comunitária, entre outros. Na lei são previstas medidas de proteção ao idoso por falta, omissão ou abuso da família ou entidade de atendimento. Ou seja, a família deve ter papel de destaque no cuidado e amparo do idoso, ainda que o Estado também tenha o dever de proporcionar condições para que o

idoso tenha uma vida digna, principalmente se a família não tiver condições. Outras situações também foram detectadas nas visitas, entre elas a que segue no diagnóstico abaixo referido.

- Diagnóstico de enfermagem secundário: **Auto-negligência**, por parte dos cuidadores principais, relacionada a estilo de vida/escolhas evidenciada por falta e adesão a atividades de saúde.

Partindo do diagnóstico principal, percebe-se que a autonegligência relacionada ao estilo de vida adotado pela família pode ter influência no estado de saúde dos pais que, na situação atual, não gozam de rede de suporte informal, que se configura como um fator de proteção para os que a utilizam, visto que proporcionam estímulos para desenvolvimento de habilidades mentais e físicas, bem como favorecem relaxamento mental e corporal, socialização, entre outros aspectos necessários em qualquer etapa do ciclo de vida.

Na reunião com preceptores, demais membros da equipe multiprofissional do NRAD, licenciada e monitor, discutiu-se as percepções acadêmicas e ideias sobre o caso, articulando-as com as ações e a vivência dos membros da equipe cuidadora.

Programamos uma atuação conjunta em que, durante as nossas visitas e dos profissionais do serviço, buscaríamos sensibilizar gradativamente os pais quanto à necessidade de planejarem a transferência dos cuidados com o usuário ou de parte deles para seus outros filhos, assim como a importância de cuidarem de si mesmos, esclarecendo, inclusive, a obrigação legal da família em cuidar de seus membros doentes e/ou idosos. Definimos, também, que o profissional de assistência social seria o mais indicado para iniciar essa ação.

Intervenções com a família segundo o modelo Calgary

Na última visita domiciliar, realizou-se uma intervenção junto aos pais do cliente baseada no modelo Calgary de intervenção na família, pois tem seu foco em um dos principais cerne da questão comunitária que é a própria família ⁽⁷⁾. A intervenção foi guiada pelos seguintes preceitos do modelo em menção: (1) **Perguntas lineares**: buscamos perguntar sobre a visão que a família tinha da doença e das demandas trazidas por ela; (2) **Perguntas circulares**: atuamos no sentido de fazer perguntas que direcionassem os pais a uma reflexão sobre a relação entre os membros da

família, resgatando a importância da família de cuidar da saúde de seus membros; (3) **Elogiar as forças da família e seus integrantes**, em que, valorizamos e reconhecemos os esforços investidos na adaptação e dedicação, no carinho e conquistas que a família demonstrou; (4) **Oferecer informações e opiniões** (com enfoque nos temas de interesse da família), ou seja, orientamos os cuidadores sobre a importância de começar a planejar o futuro do cuidado de si mesmos e do filho enfermo, bem como socializar com os demais filhos a situação que se faz posta.

Orientamos os cuidadores a cuidarem da própria saúde, procurando serviço médico e seguindo o tratamento mais criteriosamente e buscando a prevenção de futuros problemas relacionados aos aspectos deletérios do envelhecimento. Durante a conversa os pais relataram sobre muitas frustrações que tiveram buscando atendimento pelos hospitais públicos da região e o desestímulo em procurar atendimento neles novamente.

Diante disso, buscamos estimulá-los a persistir mesmo com as dificuldades, diante da importância de realizarem o acompanhamento de sua saúde. Os profissionais da equipe do NRAD firmaram o acordo de

estabelecer esse canal dialógico entre atenção domiciliar com atenção primária e hospitalar.

O grupo procurou trabalhar a importância de aderir a práticas fundamentais do tratamento do usuário, como a fisioterapia, sugerindo a importância de se ter paciência e persistência em uma terapia de longo prazo; (5) **Validar as respostas emocionais:** as limitações impostas pela presença de doença incapacitante, o desgaste inerente a esse tipo de cuidado e demais sentimentos relatados pela família eram tratados como importantes, reconhecendo que esses sentimentos são normais de serem sentidos; (6) **Incentivar as narrativas da doença:** estimulamos a família a relatar tudo o que sentia no tocante aos desafios e outras situações significativas intimamente relacionadas à doença. Destaques importantes foram relatados quanto ao fato do cliente apresentar sintomas como agitação, tontura e náuseas com muita facilidade, em situações como locomoção via carro (mesmo que numa velocidade baixa), mudança da alimentação, momentos de fortes emoções, dentre outros.

Sendo assim, as orientações dadas à família devem levar em conta essa gama de aspectos; (7) **Incentivar os membros da família a serem**

cuidadores: para essa diretriz, interviríamos com os irmãos do cliente, agindo em articulação com o serviço social e demais membros da equipe multiprofissional, uma vez que se buscou compreender o que pensam os demais membros da família, se estes já estão se preparando para assumir o cuidado de seus pais e de seu irmão enfermo. Portanto, essa intervenção será iniciada com um processo de sensibilização delicado que terá seu seguimento guiado pelos profissionais do NRAD ao longo de outras visitas domiciliares. (8) **Incentivar o descanso:** esse assunto foi sutilmente trabalhado, buscando que os pais entendam a importância de utilizar sua rede de apoio para proporcionar momentos de descanso.

Avaliação da atuação do grupo de acadêmicos

Verificou-se que as intervenções culminaram em bons resultados, percebeu-se um fortalecimento do vínculo da família com o NRAD, resgatando o estímulo da família em aderir às orientações da equipe. Nesse interesse particular, foi iniciado um trabalho de sensibilização para que os pais do cliente cuidem, em níveis satisfatórios, da própria saúde e tenham um projeto para envolver os demais

filhos no cuidado do ente enfermo. Ressalta-se, portanto, que a intervenção do grupo foi uma pequena parte de uma intervenção maior contínua e de longo prazo, que deve ser efetuada pelos demais profissionais da equipe multiprofissional do serviço.

O modelo de intervenção usado permite que outras temáticas sejam trabalhadas. As primeiras visitas foram fundamentais para a criação de um vínculo que propiciou ambiente para uma conversa mais aberta e com mais participação e adesão, numa dinâmica em que estas possuíram o foco na elucidação de um diagnóstico da família. A família demonstrou satisfação em ser escutada ativamente e respeitada em suas experiências e tratada em uma relação de horizontalidade. Acredita-se que isso permitiu maior disposição para ouvir nossas sugestões e reavaliar suas convicções e práticas. O grupo chega ao consenso de que obtivera sucesso no processo de iniciação dessa construção com a família, que será regido agora pelos profissionais do NRAD.

NOTA CONCLUSIVA

A experiência da atenção prestada a este paciente, no âmbito comunitário, foi importante para a evolução da habilidade acadêmica em

trabalhar com uma equipe multiprofissional, discutir casos com a complexidade inerente ao contexto domiciliar e aplicar a sistematização da assistência em enfermagem neste contexto. Soma-se a isso, que a vivência junto aos profissionais do NRAD, observando sua atuação, trocando conhecimento, opiniões e experiências, foi fundamental como suporte para as ações e aprendizado acadêmico. Para que se pudesse traçar um planejamento foi importante o estabelecimento de problemas prioritários, o que culminou no aprimoramento da habilidade de focalização. O enfoque calcado no PES favoreceu uma atuação que leva em conta a complexidade da atuação na comunidade, afastando a falsa ideia de trazer uma solução definitiva e imediata para questões tão complexas ensejando que fossem traçadas intervenções adaptadas à realidade familiar.

A experiência com o uso do modelo Calgary foi importante por demandar habilidades interpessoais complexas. O grupo entende que o modelo fortalece a segurança acadêmica e profissional para atuar na Saúde da Família, categoria de cuidado tão prevalente e emergente no cenário de prática do profissional enfermeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil, Portaria nº. 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília, Diário Oficial da União, 19 out. 2006.
2. Brasil, Portaria nº. 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 28 de outubro de 2011.
3. Barros LN. Atenção domiciliar da Regional de Saúde de Sobradinho/DF: perfil clínico-epidemiológico de pacientes, análise de sobrevivência e fatores associados com doenças infecciosas e óbito, no período de 2003 a 2010. 2012. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) - Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
5. Pires MRGM, Duarte ECD, Gottens LBD, Figueiredo NVF, Spagnol CA. Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios a gestão do cuidado no âmbito do SUS. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo. 2013; 47 (3): 648-656.
6. Artmann E. O Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (Uma Abordagem Comunicativa). Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1993.
7. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca, 2008.
8. Brasil, Lei nº Lei 4.545, de 10 de dezembro de 1964. Dispõe sobre a reestruturação administrativa do Distrito Federal e da outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 10 de dezembro de 1964.
9. Webpage Oficial do Paranoá, Regional Administrativa do Distrito Federal. Disponível em

<<http://www.paranoa.df.gov.br/>>.

Acessos em 28 de maio de 2014.

10. Maluf FC, Katz A, Corrêa S. (Ed.). Câncer do sistema nervoso central: tratamento multidisciplinar. São Paulo: Dendrix, 2009.

11. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2009.

12. Brasil, Constituição Federal de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Diário Oficial da União, 05 de outubro de 1988.

13. Brasil, Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 03 de outubro de 2003.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2014-07-01
Last received: 2014-10-17
Accepted: 2014-10-20
Publishing: 2015-01-30